

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1921-1922 — N° 129

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Varices lymphatiques de l'Intestin

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juin 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS DESMOULINS

Né à Ambierle (Loire), le 26 janvier 1894



LYON

IMPRIMERIE J.-B. ROUDIL

3, Quai Saint-Clair, 3

1922

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES
VARICES LYMPHATIQUES
DE L'INTESTIN

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922 — N° 129

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Varices lymphatiques de l'Intestin

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juin 1922

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS DESMOULINS

Né à Ambierle (Loire), le 26 janvier 1894



LYON

IMPRIMERIE J.-B. ROUDIL

3, Quai Saint-Clair, 3

1922



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.	M. HUGOUNENQ
Doyen	MM. J. LEPINE
Assesseur	ROQUE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.		ROQUE
Clinique obstétricale et accouchements.	{	BARD
Clinique ophtalmologique.		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique		COMMANDEUR
Clinique des maladies des enfants	{	ROLLET
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS
Clinique oto-rhino-laryngologie	{	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires		WEILL
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.	{	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, radiologie et physiothérapie		LANNOIS
Chimie biologique et médicale.	{	ROCHET
Chimie organique et toxicologie		NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et botanique.	{	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		HUGOUNENQ
Anatomie	{	MOREL
Histologie		MOREAU
Physiologie.	{	GUIART
Pathologie interne		LATARJET
Pathologie et thérapeutique générales	{	POLICARD
Anatomie pathologique.		DOYON
Chirurgie opératoire.	{	COLLET
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie		MOURIQUAND
Médecine légale	{	PAVIOT
Hygiène.		VILLARD
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.	{	ARLOING (F.)
Pharmacologie.		ETIENNE MARTIN
		COURMONT (P.)
		PIC
		FLORENCE (A.)

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.	VALLIAS
— — — Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Orthopédie	LAROYENNE
Puériculture et hygiène de la première enfance.	CHATIN
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM	MM.
NOGIER	GARIN	DUROUX	CORDIER
BRETIN	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
LERICHE	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
TAVERNIER	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
CADE	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des fonctions

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PAVIOT, *Président*; SAVY, *Assesseur*;
MM. CORDIER et GRAVIER, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbati

A MON PÈRE, A MA MÈRE

En témoignage de mon profond
amour filial.

A MA FEMME

A MON FILS

A MES DEUX FAMILLES

A MES AMIS

A MES CAMARADES
TOMBÉS AU CHAMP D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAVIOT

Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider notre
jury de thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHUT

Médecin des Hôpitaux

Qui nous a inspiré ce travail.

A MES MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

INTRODUCTION

Après avoir déroulé et ouvert l'intestin au cours d'une autopsie, lorsqu'on examine avec soin la muqueuse intestinale, il arrive quelquefois de trouver à sa surface un certain nombre de petites taches claires, arrondies ou ovalaires, qui font un relief généralement peu marqué mais qui fixent l'attention par leur couleur, d'un blanc jaunâtre, contrastant avec la teinte plus foncée de la muqueuse. Il s'agit de *varices lymphatiques de l'intestin*, lésion peu connue dont la découverte s'accompagne presque toujours de quelque étonnement. M. le Docteur Bouchut, ayant eu l'occasion avec MM. Mazel et Devuns, d'en rencontrer par deux fois en 1919, a bien voulu nous

confier ces deux observations pour en faire le sujet de notre thèse et nous donner, avec sa bienveillance habituelle, tous les conseils nécessaires pour faciliter notre travail. Nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer ici nos sentiments de profonde reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION - HISTORIQUE

Avant de donner une définition des varices lymphatiques de l'intestin, il nous paraît nécessaire de les situer dans la classification des varices lymphatiques ou lymphangiectasies. On englobe sous cette dénomination toutes les dilatations pathologiques et permanentes des vaisseaux lymphatiques, quel que soit l'élément pathogène ou mécanique qui ait causé leur distension. Plus fréquentes dans les pays chauds — parce qu'elles sont alors le plus souvent de nature parasitaire, dues à la filaire du sang — on en rencontre cependant dans nos pays; et de cette *variété indigène*, suivant l'expression de Th. Anger, on ne

peut invoquer l'origine filarienne, puisqu'elles s'observent chez des sujets qui n'ont jamais quitté la France ou l'Europe.

Ces dilatations peuvent siéger sur tous les points du système lymphatique. Viguier avait distingué, dans sa thèse de 1875, les varices tronculaires des varices réticulaires. Chipault, en 1889, les a divisées en trois catégories : varices du derme ou des réseaux (*varices réticulaires*); varices des troncs (*varices tronculaires*); varices des ganglions (*adéno-lymphocèles*).

Les varices réticulaires peuvent se subdiviser elles-mêmes en *varices du derme* et *varices des muqueuses*. C'est à ce dernier groupe qu'appartiennent les varices lymphatiques de l'intestin : ce sont des formations pathologiques développées dans le riche plexus lymphatique qui s'étend au dessous de la muqueuse intestinale. On pourrait donc leur appliquer la définition générale des varices réticulaires, donnée par Massonié et Désert dans leur thèse : « On appelle varice lymphatique toute dilatation permanente et morbide des vaisseaux lymphatiques du réseau superficiel », le réseau superficiel désignant dans ce cas particulier le réseau lymphatique sous-muqueux de l'intestin.

Notre but n'est pas de refaire l'histoire des varices lymphatiques en général : nous sortirions des limites de notre sujet, et les thèses relativement récentes de Delobel (1902) et de Lambert (1909) nous permettront d'être très bref sur cette question. Nous rappellerons seulement que la première observation de varice réticulaire du derme fut publiée en 1852 par Demarquay et Zambaco, et que l'année suivante Michel, de Strasbourg, signale à l'aide

d'injections mercurielles, le mode de développement des vésicules dermiques dans le réseau lymphatique superficiel.

Alors que l'histoire des varices lymphatiques commence au milieu du xvii^e siècle, il faut arriver à la fin du siècle dernier pour trouver une première mention de varices lymphatiques des muqueuses. C'est d'ailleurs à cette époque qu'à l'étude clinique des lymphangiectasies s'ajoute véritablement l'étude anatomo-pathologique. En 1893, Tenneson et Darier signalent à la *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie* la première observation de varices lymphatiques de la muqueuse buccale, (malade présentée à nouveau en 1901, par Danlos et Gastou, à la *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*). En 1902, Delobel ne pouvait réunir que cinq cas de varices lymphatiques des muqueuses (une fois au niveau de la conjonctive bulbaire, quatre fois au niveau de la muqueuse buccale). Depuis cette date, Terson, Salzer et Duclos ont publié quelques nouvelles observations de varices de la conjonctive.

L'étude des varices lymphatiques de l'intestin est encore plus récente : elles ont été signalées pour la première fois par Maurice Letulle, en février 1904, à la *Société de Biologie*. Le mois suivant, il pouvait réunir onze observations et leur consacrait une étude très documentée dans le *Journal de Physiologie et de Pathologie générale* : nous verrons au chapitre V les conclusions qu'il en a tirées. Après lui, Brodier, en 1909, les mentionne dans le *Nouveau Traité de Chirurgie* de Dentu et Delbet. Cornil et Ranvier, dans une nouvelle édition de leur *Manuel d'Histologie pathologique*, en font une description

identique, en y ajoutant une observation de Célos : dilatation des lymphatiques péritonéaux et intestinaux chez une urémique atteinte de péritonite chronique. En 1912, le *Précis d'Anatomie pathologique* de Letulle et Nattan-Larrier contient une étude des varices lymphatiques de l'intestin. En 1919, Tuffier et Letulle, à propos d'une observation de Kystes gazeux de l'intestin et du péritoine, rapprochent ces lésions kystiques des varices lymphatiques de l'intestin, dont l'origine serait identique à celle des Kystes gazeux. Enfin MM. Bouchut, Mazel et Devuns signalent en 1920, à la *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, et publient dans les *Archives des maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition* deux cas de varices lymphatiques de l'intestin qu'ils ont eu l'occasion de voir l'année précédente : ce sont les deux observations qui font l'objet de notre étude.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (*résumée*)

M... L..., 70 ans, entrée le 26 août 1919 dans le service du D^r Froment, alors suppléé par le D^r Mazel.

Antécédents personnels. — Rien à signaler.

Diagnostic clinique. — Hémorragie cérébrale. Hémiplégie droite et coma. Décès le 30 août 1919.

AUTOPSIE. — (Pratiquée 24 heures après le décès).

Ouverture de la cavité crânienne. — Hémorragie cérébrale, à gauche. Fissure de la région temporo-pariétale droite avec irradiation à la base (consécutives à la chute produite par l'hémorragie).

Au niveau de l'abdomen. — Quelques adhérences anciennes et très localisées unissent le grêle à la vésicule biliaire.

Sur la face péritonéale des anses grêles, on remarque des taches claires, réparties de façon indifférente par rapport à l'attache mésentérique. Le grêle étant déroulé et ouvert, il est possible d'examiner de plus près les caractères de ces formations anormales.

Elles se présentent sous l'aspect de taches jaune clair, assez régulièrement arrondies; leur dimension varie de celle d'une tête d'épingle à celle d'un pois. Leur relief est très variable : les unes paraissent incluses dans l'épaisseur de la muqueuse qui n'est pas surélevée par elles; d'autres sont papuleuses; d'autres sont sessiles; d'autres, enfin, sont presque pédiculées. Certaines paraissent développées dans toute l'épaisseur de la paroi et sont visibles sur les deux faces du grêle, mais le plus grand nombre n'apparaît qu'au niveau de la muqueuse.

Ces formations sont très inégalement réparties sur les différents segments du grêle, le gros intestin en étant dépourvu. Au niveau du duodénum, elles sont très discrètement semées; particulièrement abondantes (une tous les 7 à 8 centimètres) dans les 75 premiers centimètres du jéjuno-iléon, elles font défaut au niveau des deux derniers mètres du grêle. Par la ponction ou l'incision, elles laissent échapper un liquide blanc laiteux, homogène, amicrobien à l'examen bactériologique (Ziehl et Gram). Pas de vascularisation anormale ou d'induration de la paroi au voisinage des taches. Aucune ulcération intestinale.

Examen macroscopique des autres organes : Foie. — Petit (875 grammes) et normal d'apparence.

Reins. — Petits (95 grammes chacun), résistants à la coupe; la décapsulation en est difficile, mais possible; la substance corticale paraît légèrement réduite d'épaisseur.

Rate. — (45 grammes) un peu scléreuse.

Cœur. — Non augmenté de volume; nombreuses plaques d'athérome aortique, mais sans lésion valvulaire.

Poumons. — Non adhérents, très légèrement œdémateux, ne présentant ni lésion tuberculeuse ancienne ou récente, ni sclérose.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. (Pratiqué par M. le D^r Bouchut).

Intestin. — La couche glandulaire, très altérée par la putréfaction, a disparu en grande partie au cours des manipulations histologiques. La tunique musculaire est normale.

C'est dans la sous-muqueuse que siègent les petits kystes, à contenu lactescent, qui faisaient saillie dans la lumière intestinale. Au microscope, ils se présentent sous forme de cavités allongées, à contours assez réguliers, distendus par une substance homogène, amorphe. Leurs parois sont très minces, formées d'un tissu anhiste, vaguement fibrillaire, dont la face interne est tapissée de cellules larges et plates qui, en de nombreux points, sont tombées.

Sur une même préparation, on voit plusieurs cavités analogues, mais de dimensions inégales; quelques unes ont perdu, en totalité ou en partie, la matière amorphe que l'on retrouve intacte sur d'autres.

On ne voit dans la sous-muqueuse aucune autre altération; pas d'inflammation; pas de sclérose; artérioles et capillaires sont normaux.

Reins. — Pas de sclérose rénale à proprement parler, mais seulement, par places, un très léger épaissement du tissu interstitiel. Pas d'altérations glomérulaires.

Cœur. — Quelques larges étoiles de sclérose, autour d'artérioles atteintes d'endo-péri-artérite.

Foie. — Pas de lésions microscopiques.

OBSERVATION II (*très résumée*).

G... Marie, entrée dans le service du D^r Bouchut, le 3 juin 1919; décédée le 2 octobre 1919.

Antécédents héréditaires et personnels. — Rien d'intéressant à noter.

Diagnostic clinique. — Bacilliose pulmonaire chronique des sommets, prédominante à gauche.

AUTOPSIE. — *Poumons.* — Lésions tuberculeuses cavitaires des sommets, tubercules crus disséminés.

Cœur et Reins. — Normaux.

Rate. — Elle présente sur sa face diaphragmatique une péricapsulite très marquée.

Foie. — Aspect du foie gras typique.

Intestin. — Sur le dernier mètre du grêle, après ouverture le long de l'attache mésentérique, on constate sur la partie opposée à cette attache un grand nombre de

plaques légèrement surélevées, papuleuses, blanchâtres, lisses et molles, les unes isolées, les autres groupées sans former cependant de masses uniques. Leurs dimensions varient de celle d'une tête d'épingle en verre à celle d'un pois. L'incision de ces plaques fait écouler un liquide blanchâtre, filant, ne contenant pas de grumeaux. Aucune de ces plaques n'est dure ou cartonnée : elles fournissent l'impression de follicules clos ou de plaques de Peyer. On ne trouve autour d'elles aucune vascularisation anormale, et nulle part d'ulcérations. Le gros intestin est normal.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1^o Caractères Anatomiques

Les deux observations précédentes, rapprochées des cas antérieurement connus, nous permettent d'attribuer aux varices lymphatiques de l'intestin des caractères anatomiques assez précis.

Forme. — Ce sont des taches assez régulièrement arrondies, quelquefois ovalaires, et dans ce cas leur diamètre le plus grand est perpendiculaire à l'axe de l'intestin. Leurs bords ne sont pas nettement tranchés comme on pourrait le croire à première vue : examinés à la loupe, ils paraissent plus ou moins festonnés et poussent de minuscules prolongements dans la muqueuse environnante.

Siège. — La répartition des varices lymphatiques au niveau de l'intestin est variable : si le gros intestin en paraît toujours dépourvu, l'intestin grêle peut en présenter, inégalement semées, sur toute sa longueur. Elles peuvent être localisées à un segment du grêle, (Letulle en a rencontré, sur 11 cas, 2 fois au niveau du duodénum, 1 fois sur l'iléon; l'observation II est caractéristique comme localisation au niveau de la partie terminale du grêle).

Souvent aussi elles sont plus ou moins irrégulièrement disséminées sur la presque totalité de l'intestin grêle, avec une fréquence plus marquée sur le jejunum (Letulle, 9 cas; observation I).

Ces lésions sont réparties sous la muqueuse, en un point quelconque, et indifféremment par rapport à l'attache mésentérique. Elles peuvent être plus ou moins cachées entre deux valvules intestinales, ou au contraire très apparentes, lorsqu'elles siègent sur la crête et les bords libres d'une valvule connivente.

Généralement, ces petites taches ne sont visibles qu'au niveau de la muqueuse et semblent logées dans son épaisseur. Quelques-unes, cependant, peuvent paraître développées dans toute l'épaisseur de la paroi intestinale et sont encore visibles, moins nettement toutefois, sur la face péritonéale de l'intestin (Observation I).

Dimensions. — Le diamètre des vésicules lymphatiques varie de 1 à 6 millimètres. Dans les observations publiées jusqu'à ce jour, on n'a signalé aucune varice lymphatique mesurant plus de 5 ou 6 millimètres, ce qui permet le plus souvent de différencier, à la simple inspection, les varices lymphatiques des Kystes sous-muqueux de l'intestin dont les dimensions sont plus grandes.

Leur relief est assez variable : quelquefois elles paraissent incluses dans la paroi de l'intestin, qui à leur niveau ne semble pas épaissie; le plus souvent elles sont papuleuses, ne faisant qu'une saillie minime au-dessus de la muqueuse environnante; enfin, plus rarement, elles peuvent paraître sessiles ou même pédiculées (Observation I). Mais dans ce cas particulier, elles sont développées sur une valvule connivente et donnent l'illusion d'une petite tumeur saillante dans la lumière de l'intestin, alors qu'elles ne sont que papuleuses.

Nombre. — Le nombre des varices lymphatiques que l'on peut rencontrer sur un intestin est très variable, mais généralement assez important. Dans l'observation I et dans un cas de Letulle, on pouvait en compter plus d'une centaine. Par contre, Letulle signale quelques observations où le nombre des éléments était réduit à quelques unités.

Elles sont le plus souvent assez largement isolées les unes des autres, mais quelques-unes peuvent se grouper sans former toutefois des masses uniques.

Couleur. — L'aspect de chacune de ces taches est caractéristique : quelles que soient leurs dimensions, qu'elles soient isolées ou groupées, les varices lymphatiques ont toujours une couleur blanc crèmeux, une teinte jaune clair d'autant plus vive et plus marquée qu'elle tranche plus fortement sur le ton foncé, gris terne ou même verdâtre, de la muqueuse intestinale. Letulle a noté dans ses premières observations que la couleur « beurre frais » de ces taches était pour ainsi dire pathognomonique.

Consistance. — A la palpation, l'intestin paraît à peu près normal malgré la présence de ces taches : la mu-

queuse est aussi lisse, aussi molle que de coutume, et ne paraît pas tendue par la poche sous-jacente; les plaques variqueuses n'ont jamais une consistance ferme ou cartonnée, et donnent seulement l'impression de follicules clos ou de plaques de Peyer.

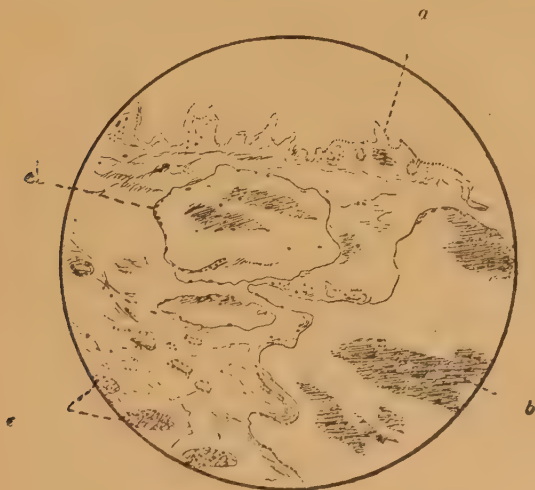
Contenu. — Si l'on incise ou si l'on ponctionne une de ces poches variqueuses, on obtient un liquide blanc laiteux, homogène, filant, ne contenant pas de grumeaux.

Dans sa première étude sur les varices lymphatiques de l'intestin, Letulle avait fait la remarque qu'elles n'affectent aucun rapport avec les diverses lésions macroscopiques que l'on peut trouver sur le tube digestif au cours d'une autopsie. Les deux observations publiées au chapitre précédent confirment cette opinion; et, en terminant l'étude des caractères anatomiques, il est intéressant de noter qu'en dehors de ces taches claires, la muqueuse intestinale paraît saine à l'examen : aucune ulcération intestinale, en particulier; pas de traces de cicatrices; pas de vascularisation anormale.

2° Structure microscopique

L'examen histologique de l'intestin n'a pas été pratiqué dans la seconde observation : les caractères macroscopiques ne laissent aucun doute sur l'interprétation des lésions variqueuses. Par contre M. le Docteur Bouchut avait étudié la structure microscopique des formations anormales rencontrées au cours de la première autopsie, et les résultats de cet examen concordent avec les descriptions très détaillées que Letulle avait données, en 1904, des varices lymphatiques du grêle.

Sur les coupes de l'intestin, colorées à l'hématéine-éosine, on remarque que l'épithélium intestinal et la couche glandulaire, très altérés par la putréfaction, ont disparu en grande partie au cours des manipulations histologiques. C'est dans la sous-muqueuse que se rencontrent les poches dilatées, logées dans la paroi intestinale.



D'après J. DEVUNS

- a) Épithélium intestinal partiellement desquamé :
- b) Substance amorphe contenue dans les lymphatiques dilatés ;
- c) Musculeuse ;
- d) Paroi d'une cavité lymphatique avec son revêtement endothélial.

Examinées à un faible grossissement, elles se présentent sous la forme de cavités un peu allongées, le plus souvent ovalaires à grand axe parallèle à la surface de la muqueuse, à contours assez réguliers. Le volume de ces cavités ampullaires est variable : les unes sont volumineuses, d'autres sont plus petites et on peut en rencontrer plusieurs dans la même préparation, comme le montre la figure ci-jointe.

Leurs parois sont très minces, constituées par un tissu anhiste, vaguement fibrillaire, qui se prolonge plus ou moins directement avec les éléments du tissu conjonctif voisin. Nulle part, autour de ces cavités, on ne peut rencontrer des traces de fibres musculaires ou élastiques spéciales, ce qui permet de se rendre compte qu'elles n'ont pas de parois propres et que celles-ci sont plutôt constituées par le refoulement du tissu conjonctif voisin.

La face interne de leurs parois est tapissée de cellules larges et plates, rangées en une couche unique, semblables à des cellules endothéliales, avec un noyau très apparent (voir figure). Mais, par endroits, ces cellules sont tombées.

Cette description rappelle en tous points celle que Tenneson et Darier ont donnée en 1893, dans la première observation de varices lymphatiques réticulaires des muqueuses (muqueuse buccale) : « En dehors de l'endothélium, il n'y a pas de paroi propre à ces cavités; autour des plus grandes, il y a du tissu conjonctif qui paraît un peu condensé, mais autour des moyennes et des petites, il n'y a certainement ni enveloppe fibreuse, ni fibres musculaires, ni réseau élastique spécial. »

Le contenu de ces cavités, lorsqu'il n'a pas disparu en entier au cours des manipulations, se présente sous l'aspect d'une substance colorée en rose pâle par l'éosine, homogène, exempte de fibrine fibrillaire. Les éléments cellulaires y sont rares, constitués presque exclusivement par de petits éléments arrondis, à gros noyau entouré d'une mince bordure de protoplasma. A côté de ces lymphocytes, on rencontre parfois quelques grands mononucléaires, mais aucune cavité ne renferme des glo-

bules rouges. Le liquide contenu dans les cavités est donc « un chyle très pauvre en éléments cellulaires. » (Letulle).

Les tissus qui entourent les varices lymphatiques ne présentent aucune altération. En particulier, dans la sous-muqueuse, on ne peut trouver ni inflammation, ni sclérose; les artérioles et les capillaires sont normaux. La *muscularis mucosæ* est seulement refoulée par places, ses faisceaux sont dissociés par les dilatations lymphatiques, alors qu'en sens inverse la muqueuse intestinale bombe plus ou moins fortement, repoussée elle aussi par les mêmes formations; mais elles ne présentent pas d'altération. La tunique musculuse de l'intestin paraît normale, de même que le péritoine et la sous-séreuse.

Cette absence de toute lésion apparente de la paroi intestinale rendait très difficile l'explication du développement des dilatations lymphatiques dans une région déterminée. « L'enquête se circonscrivait par conséquent aux vaisseaux chylifères. Il s'agissait de rechercher au-dessous de la lésion variqueuse l'existence possible, sinon probable, d'un obstacle au départ du chyle collecté dans le mince territoire de la muqueuse intestinale sous-jacente. » A l'aide de coupes sériées, colorées à l'orcéine, qui dessine avec sélection le tissu élastique des vaisseaux, Letulle est arrivé, dans quelques cas, à mettre en évidence la lésion causale : « elle consiste en une plaque d'endolymphite végétante, oblitérante une fois arrivée à son summum de développement. La lumière du vaisseau lymphatique apparaît comblée par une lame de tissu conjonctif dense, fibroïde, peu ou pas vasculaire, très adhérent à la membrane interne avec laquelle il se trouve

confondu... Autour du chylière oblitéré, on ne voit aucune lésion notable, suffisante pour avoir occasionné par voisinage l'inflammation de la membrane interne... La *chyliérîte oblitérante* ne se développe pas forcément dans le voisinage immédiat des varicosités lymphatiques. Dans deux observations, c'est beaucoup plus bas, au delà des couches musculuses, dans la couche cellulo-adipeuse sous-péritonéale, qu'on a trouvé l'obstacle au départ de la lymphe ». Cependant, dans le plus grand nombre des observations, Letulle ne put arriver à mettre en évidence l'oblitération du chylière efférent, tributaire de la varice lymphatique.

CHAPITRE IV

PATHOGÉNIE

Delobel, dans sa thèse de 1902, s'est attaché à démontrer l'importance primordiale du facteur mécanique, l'obstruction d'un vaisseau et la stase lymphatique consécutive, dans la genèse des lymphangiectasies. Il citait l'opinion de Follet : « Ce n'est pas dans l'arrêt brusque de la circulation lymphatique, mais dans l'oblitération mécanique progressive des conduits qu'il faut chercher la raison de la maladie variqueuse des lymphatiques », et il opposait aux expériences négatives de Th Anger celles, plus récentes, de Boddaert qui avait pu provoquer de l'œdème lymphatique et des ectasies par la simple ligature de troncs lymphatiques.

L'oblitération du vaisseau tributaire de la zone ectasiée peut être endovasculaire, et c'est ainsi que Letulle explique la pathogénie des cas de varices lymphatiques de l'intestin qu'il a observées, grâce à la lésion d'endolymphite oblitérante révélée par l'examen microscopique. « Sur un point circonscrit d'un chylifère déjà assez volumineux, un foyer d'inflammation s'est développé, localisé de façon spéciale, sur une petite étendue, à la membrane interne du vaisseau et y déterminant un processus de végétation subaiguë, bientôt chronique. L'oblitération plus ou moins complète de la lumière vasculaire en a été le résultat. La rétrodilata-tion du système lymphatique tributaire du vaisseau oblitéré s'est manifestée sous forme d'une poche variqueuse, toujours à peu près identique. Cette ectasie lacunaire doit correspondre, à l'état normal, à un confluent lymphatique, à une ampoule sous-muqueuse destinée à collecter le chyle recueilli par les capillaires lymphatiques des villosités sus-jacentes. La résistance constante de ces varicosités lymphatiques, leur perméabilité aux lymphocytes, l'absence de lésions inflammatoires réactionnelles, infectieuses ou chroniques, dans le liquide ainsi emprisonné donnent à réfléchir. On peut admettre ou bien la rétention incomplète du chyle et l'existence de voies de dérivation collatérales, ou bien l'insuffisance, voire l'arrêt des fonctions absorbantes des villosités sus-jacentes à l'ectasie lymphatique ».

Tuffier et Letulle, en 1919, ont retrouvé cette lésion de chyliférite oblitérante dans les Kystes gazeux de l'intestin et du péritoine et ont admis une pathogénie identique pour ces lésions qui, à la différence des varices lymphatiques de l'intestin, se développent aussi bien

sous le péritoine que dans la sous-muqueuse. Ils n'ont pu d'ailleurs s'expliquer les raisons pour lesquelles les poches lymphatiques ont été envahies par des gaz.

La pathogénie invoquée par Letulle peut s'appliquer aussi aux cas de varices lymphatiques de l'intestin développées à la suite de lésions de péritonite plastique : l'inflammation des tissus voisins s'est étendue aux chylifères, obstruant peu à peu leur calibre et permettant, par la stase lymphatique consécutive, la dilatation lente et progressive des réseaux sus-jacents.

On pourrait se demander si un facteur infectieux, développé dans la lymphe stagnante ou sur les parois des capillaires lymphatiques, n'est pas intervenu obligatoirement, comme dans les varices veineuses ou certaines lymphangiectasies, pour modifier la résistance de ces vaisseaux. Mais, comme l'examen microscopique l'a montré, on ne peut découvrir aucune lésion inflammatoire dans le voisinage des varicosités lymphatiques, aucun élément infectieux dans le liquide qu'elles contiennent (Ziehl et Gram, observation I).

Si tous les cas de varices lymphatiques de l'intestin relèvent de la chyliférite oblitérante, endo- ou périvasculaire, il n'est pas besoin de chercher une autre explication de la genèse de ces lymphangiectasies. Mais, comme on le verra au chapitre suivant, notre deuxième observation paraît s'écarter des cas publiés par Letulle et on peut y mettre en doute la lésion sclérosante causale, siégeant sur le trajet d'un chylifère. On a démontré qu'une lésion ganglionnaire, suppuration ou sclérose, était capable de causer une obstruction des vaisseaux lymphatiques suffisante pour favoriser le développement

de varices réticulaires du derme : Delobel rapporte deux observations, d'Elliot et de Scholtz, citées la première par Brocq, la seconde par Viguiet, dans lesquelles les malades présentèrent des vésicules lymphatiques dermiques au voisinage de cicatrices d'adénites anciennes; Lombardo, en 1905, a signalé le cas d'une jeune fille de 17 ans qui avait eu précédemment des adénites inguinales suppurées et qui présentait des varices dermiques aux grandes lèvres, aux plis inguinaux et au tiers supérieur de la face interne des cuisses. Il semble donc qu'on soit autorisé à supposer qu'une lésion des ganglions mésentériques puisse expliquer dans certains cas le développement de varices lymphatiques, surtout lorsque celles-ci sont localisées à une portion déterminée de l'intestin.

CHAPITRE V

ÉTIOLOGIE

Si les caractères anatomiques, macroscopiques et microscopiques, des varices lymphatiques de l'intestin sont relativement précis, leur étiologie paraît beaucoup plus difficile à élucider. Il faut en voir une raison dans le nombre trop restreint des observations qui ont été publiées et étudiées jusqu'à ce jour. Toutefois, ces ectasies lymphatiques paraissent dépendre de facteurs prédisposants et de causes déterminantes.

Peut-on admettre l'existence d'une « prédisposition individuelle et congénitale », d'une sorte de « diathèse ectasique encore mal connue et observée », à laquelle Delobel attachait une grande importance et qu'il comparait à la « lymphatexie », état anatomique spécial des tissus lymphatiques que Corre aurait rencontré chez les

individus des pays chauds?... Depuis 1902, rien de précis n'a démontré l'existence de cette « diathèse ectasique ».

Si le sexe n'a aucune influence sur la plus ou moins grande fréquence des lymphangiectasies de l'intestin, l'âge, par contre, serait un facteur prédisposant, suivant Letulle : sur ses 11 observations, 9 concernaient des malades de 52 à 78 ans, les deux autres sujets ayant 31 et 48 ans. Letulle en déduisait que « la varice lymphatique et l'endolymphite oblitérante qui la produit sont une maladie de l'âge mûr et de la vieillesse ». Si les varices lymphatiques de l'intestin relèvent, dans tous les cas, d'un facteur sclérosant, comme Letulle a été amené à conclure à la suite de ses constatations anatomo-pathologiques, cette influence de l'âge s'explique. Mais si elles peuvent, dans quelques cas, dépendre d'une pathogénie différente, comme l'Observation II semble le laisser entrevoir, elles se développeront aussi bien chez des malades jeunes que chez des personnes âgées, la lésion ganglionnaire, si elle est capable de favoriser l'ectasie des lymphatiques intestinaux, pouvant dater de l'enfance ou de l'adolescence. En faveur de cette hypothèse, nous ferons remarquer que cette malade n'avait que 24 ans.

Pour établir les causes déterminantes des varices lymphatiques de l'intestin, il faut, suivant Letulle, « d'une part étudier les affections et les antécédents pathologiques dont souffraient les malades, d'autre part tenir compte des lésions anatomo-pathologiques constatées à l'autopsie », et il résumait ainsi sa première étude : « En attendant que de nouvelles observations viennent éclairer l'étiologie de la lésion décrite dans le présent travail, je crois pouvoir énoncer les conclusions suivantes :

« 1° On trouve assez fréquemment, le long de la muqueuse digestive, en particulier sur le jejunum, une lésion caractérisée par une varice lymphatique;

« 2°) La cause en est un obstacle au débit de la lymphe par une endolymphite oblitérante siégeant sur le parcours d'un chylifère efférent tributaire de la région variqueuse;

« 3°) La coïncidence constante de la chyliférite oblitérante avec la néphrite chronique atrophique permet de songer à l'action d'une cause générale capable de produire des lésions multiples ou généralisées;

« 4°) Parmi les antécédents des malades atteints de varices lymphatiques de l'intestin, la syphilis entre en première ligne et mérite au point de vue étiologique d'attirer tout particulièrement l'attention (7 sujets sur 11 en étaient atteints certainement ou probablement d'après les lésions autres dont ils étaient porteurs) ».

La coexistence, constante dans les observations de Letulle, de l'endolymphite oblitérante et de la néphrite chronique atrophique, a donc permis à cet auteur d'envisager l'intervention d'une cause sclérosante commune, qui serait souvent la syphilis; et il a comparé les altérations vasculaires lymphatiques aux lésions artérielles et veineuses si fréquentes au cours de la syphilis viscérale.

Trois des malades dont Letulle a rapporté les observations étaient atteints de tuberculose, et cependant il ne paraît pas avoir tenu compte de cette notion pour établir l'étiologie des varices lymphatiques rencontrées sur leur intestin. Est-ce pour la raison que leurs lésions tuberculeuses revêtaient surtout une forme fibreuse et que cette tuberculose pouvait s'interpréter comme un

facteur sclérosant général? Ou bien parce que la néphrite chronique atrophique, que ces malades présentaient en même temps que leurs lésions bacillaires, permettait de rattacher les ectasies lymphatiques à l'étiologie habituelle invoquée par Letulle?

Les points communs qui ont permis à Letulle et à Tuffier d'envisager la même pathogénie dans le développement des varices lymphatiques et des kystes sous-muqueux de l'intestin et du péritoine, ont conduit ces auteurs à attribuer à ces deux affections une cause infectieuse, qui pourrait être identique dans les deux cas. Mais ce processus infectieux serait plus ancien et plus marqué dans les kystes sous-muqueux, comme le prouvent les lésions voisines de péritonite plastique fibreuse et les altérations profondes des tuniques intestinales.

Quoi qu'il en soit, notre première observation d'ectasie lymphatique paraît se rapprocher beaucoup de celles de Letulle. Il s'agit d'une malade âgée, présentant des lésions sclérosantes au niveau de plusieurs organes. Cette sclérose généralisée peut s'expliquer en partie par l'âge; mais, bien qu'on ne retrouve pas trace de syphilis dans les antécédents de la malade, il serait imprudent de nier que la spécificité fût complètement étrangère au développement progressif de cette sclérose et des varices lymphatiques trouvées sur l'intestin de la malade. Toutefois elle ne présentait pas de néphrite chronique atrophique, comme l'ont démontré l'absence d'hypertrophie cardiaque et les résultats de l'examen histologique des reins.

Par contre la seconde observation diffère des cas publiés par Letulle : c'était une jeune tuberculeuse, aux reins macroscopiquement sains, chez laquelle on ne

retrouvait aucun stigmat de spécificité. Elle présentait une tuberculose à forme ulcéreuse, avec processus fibreux de défense réduits au minimum, sans péritonite plastique en dehors d'une périsplénite très localisée, sans lésions viscérales fibreuses. On ne peut donc interpréter cette tuberculose comme un facteur sclérosant général. Aussi, en présence de cas de ce genre, peut-on supposer que des varices lymphatiques, localisées à une petite portion de l'intestin grêle relèvent d'une origine tuberculeuse, une lésion ganglionnaire pouvant expliquer l'oblitération d'une portion du territoire lymphatique, aussi bien qu'une lésion de péritonite plastique. Mais cette lésion ganglionnaire n'a pas été recherchée : aussi, malgré la vraisemblance de l'origine tuberculeuse de certaines lymphangiectasies de l'intestin, ne peut-on formuler qu'une hypothèse, qui demandera à être vérifiée au cours des observations ultérieures.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Les varices lymphatiques de l'intestin constituent exclusivement une découverte d'autopsie. Elles ne présentent aucun symptôme clinique, alors que certains cas de kystes sous-muqueux de l'intestin se révèlent par une distension exagérée de l'abdomen et plus rarement par des symptômes d'occlusion intestinale subaiguë ou chronique; mais il s'agit alors de kystes qui ont atteint un développement énorme, par rapport aux petites ectasies lymphatiques qui, malgré leur grand nombre dans quelques observations, ne semblent pas avoir entraîné le moindre trouble dans le fonctionnement de l'intestin. La question de leur traitement n'a donc pas été envisagée.

Il faut d'ailleurs voir dans leur latence clinique absolue une des raisons pour lesquelles les varices lymphatiques

de l'intestin ont été peu étudiées jusqu'à maintenant. Cependant il est intéressant de pouvoir les reconnaître au cours d'une autopsie et les différencier des lésions macroscopiques intestinales qui les peuvent simuler. On se basera pour cela sur leur aspect et leur couleur, en général caractéristiques, sur leur consistance et leur contenu.

Les petits adénomes et les lipomes sous-muqueux sont très rares sur le grêle, plus fréquents sur le gros intestin. Généralement isolés, ils ne s'observent jamais en aussi grand nombre que les varices lymphatiques. Même lorsqu'ils sont de petite dimension, ils tendent à devenir sessiles ou même pédiculés. Leur teinte se rapproche beaucoup plus de celle de la muqueuse intestinale, et leur consistance est plus ferme que celle des varicosités lymphatiques : ils donnent la sensation d'une tumeur.

Il en est de même des petits myomes sous-muqueux, qui peuvent cependant se développer en assez grand nombre, 50 dans une observation. Malgré cela, la confusion ne sera pas possible : certains éléments, véritables tumeurs, sont très développés, et ils s'accompagnent généralement de formations identiques sous-séreuses.

Le plus souvent, on pense à des lésions tuberculeuses en découvrant des varices lymphatiques du grêle. A première vue, la confusion est possible : le placard lymphatique rappelle un peu un tubercule en voie de caséification. Mais, au cours de la tuberculose intestinale, il est rare de trouver des tubercules isolés : souvent ils sont entourés d'un semis de fines granulations, et, en examinant la totalité du tube digestif, il est rare de ne pas trouver une ou plusieurs petites ulcérations intestinales,

consécutives à l'évolution d'autres tubercules. En outre, ceux-ci sont plus irréguliers que des plaques variqueuses, leurs contours sont plus frangés, leur contenu est moins homogène, moins lié, et dans leur voisinage l'intestin présente souvent une vascularisation anormale.

Enfin, on pourrait confondre quelque grosse varice lymphatique avec un petit kyste gazeux de l'intestin. Les dimensions des kystes varient en effet « de la grosseur d'un poids à celle d'un haricot » (Letulle), quelques-uns atteignant même celle d'une orange. Ces petits kystes sont rarement isolés et s'accompagnent d'éléments plus volumineux. Ils font une saillie beaucoup plus marquée dans la cavité intestinale et leur consistance est plus grande que celle des varices lymphatiques de l'intestin. De plus, leur teinte n'est pas aussi pâle et se détache moins sur la muqueuse intestinale.

CONCLUSIONS

I. — On désigne sous le nom de varices lymphatiques ou lymphangiectasies toutes les dilatations pathologiques et permanentes des vaisseaux lymphatiques, quelle qu'en soit l'origine. On les rencontre sur tous les points du système lymphatique. Celles de l'intestin sont rares et connues depuis peu.

II. — Elles siègent au-dessous de la muqueuse, tantôt localisées sur le duodénum, sur le jéjunum, sur la partie terminale de l'iléon, tantôt disséminées sur la presque totalité de l'intestin grêle. Le gros intestin semble en être toujours indemne.

III. — Elles sont visibles à l'œil nu sous forme de petites saillies blanc jaunâtre, lisses et molles, assez régulièrement arrondies. Par la ponction ou l'incision, elles laissent s'écouler un liquide lactescent, homogène, filant. Histologiquement, leurs parois sont formées par un tissu anhiste ou légèrement fibrillaire dont la face interne est tapissée de cellules larges et plates du type endothélial.

IV. — Elles sont provoquées par l'obstacle qu'apporte au débit de la lymphe l'oblitération mécanique des troncs lymphatiques : lésions d'endolymphite oblitérante ou lésions ganglionnaires.

V. — Parmi leurs causes possibles, il semble qu'on doive surtout retenir la syphilis, dont on connaît l'action sclérosante sur le système circulatoire en général, et la tuberculose, dont l'action porte surtout sur l'appareil ganglionnaire.

VI. — Exception faite des Kystes gazeux de l'intestin qui réalisent un type très particulier, les varices lymphatiques de l'intestin sont une trouvaille d'autopsie. Elles n'ont pas d'histoire clinique.

A l'amphithéâtre, leur diagnostic est à faire avec certaines lésions tuberculeuses de la muqueuse et avec les adénomes, les lipomes et les myomes sous-muqueux.

Le Président de la Thèse,
PAVIOT

Vu :
Le Doyen,
JEAN LÉPINE

Vu et permis d'imprimer :
LYON, le 9 Juin 1922.

P^r le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
Le Vice-Président,
JEAN LÉPINE.

BIBLIOGRAPHIE

- BOUCHUT (L.), MAZEL ET DEVUNS. — Deux cas de varices lymphatiques de l'Intestin. *Société Médicale des Hopitaux de Lyon*. (13 janvier 1920).
- BOUCHUT (L.), MAZEL ET DEVUNS. — Deux cas de varices lymphatiques de l'Intestin. *Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la Nutrition*, t. XI, n° 4.
- BRODIER (H.). — Lymphangiectasies. *Nouveau Traité de Chirurgie de A. Dentu et P. Delbet*, t. XII.
- CORNIL ET RANVIER. — *Manuel d'Histologie Pathologique*, t. IV.
- DELOBEL (A.). — Contribution à l'étude des lymphangiectasies dermiques. Varices lymphatiques de la peau et des muqueuses. *Thèse de Paris, 1901-1902*.
- LAMBERT (E.). — Des Varices lymphatiques du pli de l'aîne et en particulier des varices lymphatiques intra-dermiques. *Thèse de Nancy, 1909-1910*.
- LETULLE (M.). — Varices lymphatiques de l'Intestin Grêle. *Société de Biologie* (6 février 1904).

LETULLE (M.). — Varices lymphatiques de l'Intestin Grêle. *Journal de Physiologie et de Pathologie générale* (mars 1904, n° 2).

LETULLE (M.). — Kystes gazeux de l'Intestin Grêle et du Péritoine. *Presse Médicale*, (20 décembre 1919).

LETULLE ET NATTAN-LARRIER. — *Précis d'Anatomie Pathologique*.

TENNESON ET DARIER. — Varices lymphatiques de la muqueuse buccale. *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, (14 décembre 1893).

TUFFIER ET LETULLE. — Sur une maladie caractérisée par des Kystes gazeux de l'Abdomen. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, (1^{er} juillet et 18 novembre 1919).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — <i>Définition, historique</i>	11
CHAPITRE II. — <i>Observations</i>	15
CHAPITRE III. — <i>Anatomie pathologique</i>	21
CHAPITRE IV. — <i>Pathogénie</i>	29
CHAPITRE V. — <i>Etiologie</i>	33
CHAPITRE VI. — <i>Diagnostic</i>	39
CONCLUSIONS	43
BIBLIOGRAPHIE	45
